＜注意＞
資格確認書の交付を受けた場合、退職等資格喪失時、被扶養者を扶養削除申請する際は、資格確認書（有効期限切れを除く）の返納が必要です。
本届出は、上記の際、紛失により資格確認書の返納が出来ない場合に届出する（返納する資格確認書の代わりに提出する）ものです。

主任	担当

健康保険　資格確認書　紛失届

〔資格喪失(退職・被扶養者削除等)時に提出〕

下記の通り、資格確認書を紛失いたしましたので、その旨お届けいたします。

提出日	令和　　年　　月　　日

被保険者情報　※枝番（-00）記入は不要です。

被保険者の記号・番号												被保険者氏名	フリガナ　ケンコウ　タロウ
記号	1	1	1	番号（右詰め）	1	1	1	1	1	1	1		健康　太郎
事業所（いずれかに✔）					日中の連絡先　電話番号								連絡用メールアドレス
☑REL　☐RSMC　☐任継・特退													

従業員番号		事業所				担当者が記入
退職者の場合	退職年月日					住所	TEL
	平・令	0	3年	0	3月	3日	1	〒	

一般（従業員）の場合のみ、記入願います。

退職者の場合、退職年月日、住所、TEL番号を記入願います。

申請内容

紛失した(と思われる)対象者	☐ 被保険者（本人） ☐ 被扶養者（家族）　※該当者名を下記に記入してください

氏　名	続柄

紛失された方に☑を入れ、その方が被扶養者の場合は、

紛失した理由・状況等（詳しく記入してください）	必ず記入願います。（省略、空欄不可）

記入者が代理人の場合

・代理記入の理由
被保険者が＿＿＿＿＿＿＿＿のため、代理で記入いたしました。
記入者名：　　（被保険者との続柄　　）

代理人による届出の場合のみ記入願います。

＜注意事項＞
1. 当届は、退職者または被扶養者で扶養削除となる方が、紛失のため資格確認書（有効期限内のもの）を返納出来ない場合に提出してください。（有効期限切れの資格確認書は返納不要です）

＜申請書の送付先＞

加入区分	送付先
一般被保険者	ソーシャリンクス株式会社・ソシア社労士オフィス［〒105-0003　東京都港区西新橋1-18-6-11F］
任意継続被保険者、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合［〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1］

上記の通り被保険者から届出がありましたので提出いたします。

受付日付印

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	事業所担当者印	ｲﾝﾌﾟｯﾄ